

<b>告示番号</b>	<b>46</b>	<b>内分泌疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/3</b>
-------------	-----------	--	------------

病名	<b>6 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)	
住所	郵便番号 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )				
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )				
出生体重	g 出生週数 在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃 記載時の年齢 満 歳 か月 日				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 )			療育手帳
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり ( 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 )			なし ・ あり
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能			運動制限の必要性	なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載					
最終受診日	( 年 月 日 )				
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 外生殖器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 精巣容量: ( ) mL				
診断	低ゴナドトロピン性腺機能低下症: [ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症: [ なし ・ あり ] TSH分泌不全症: [ なし ・ あり ] GH分泌不全症: [ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症: [ なし ・ あり ]				
症状	全身	低身長 (-2.5SD以下): [ なし ・ あり ] 低身長 (-2.5SDより大きく-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 成長速度の低下 (2年以上標準値の -1.5 SD以下): [ なし ・ あり ] 全身倦怠感: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] 食欲不振: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 不活発: [ なし ・ あり ] 低血圧: [ なし ・ あり ] 口渇: [ なし ・ あり ] 多飲: [ なし ・ あり ]			
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全: [ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 不妊 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 乳房萎縮 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 性欲低下 (男子のみ): [ なし ・ あり ] インポテンス (男子のみ): [ なし ・ あり ] 小陰茎 (男子のみ): [ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落: [ なし ・ あり ] 性器萎縮: [ なし ・ あり ] 耐寒性低下: [ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児): [ なし ・ あり ]			
	腎・泌尿器	停留精巣: [ なし ・ あり ] 部位: [ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ] 尿道下裂: [ なし ・ あり ] 多尿: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥: [ なし ・ あり ] 脱毛: [ なし ・ あり ]			
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による): [ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群): [ なし ・ あり ]			
	その他	症状 (その他): ( )			
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 外生殖器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 精巣容量: ( ) mL				
診断	低ゴナドトロピン性腺機能低下症: [ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症: [ なし ・ あり ] TSH分泌不全症: [ なし ・ あり ] GH分泌不全症: [ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症: [ なし ・ あり ]				
症状	全身	低身長 (-2.5SD以下): [ なし ・ あり ] 低身長 (-2.5SDより大きく-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 成長速度の低下 (2年以上標準値の -1.5 SD以下): [ なし ・ あり ] 全身倦怠感: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] 食欲不振: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 不活発: [ なし ・ あり ] 低血圧: [ なし ・ あり ] 口渇: [ なし ・ あり ] 多飲: [ なし ・ あり ]			
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全: [ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 不妊 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 乳房萎縮 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 性欲低下 (男子のみ): [ なし ・ あり ] インポテンス (男子のみ): [ なし ・ あり ] 小陰茎 (男子のみ): [ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落: [ なし ・ あり ] 性器萎縮: [ なし ・ あり ] 耐寒性低下: [ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児): [ なし ・ あり ]			
	腎・泌尿器	停留精巣: [ なし ・ あり ] 部位: [ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ] 尿道下裂: [ なし ・ あり ] 多尿: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥: [ なし ・ あり ] 脱毛: [ なし ・ あり ]			
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による): [ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群): [ なし ・ あり ]			
	その他	症状 (その他): ( )			
	検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載				
負荷試験	TRH分泌刺激試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) TSH基礎値: ( ) μIU/mL TSH頂値: ( ) μIU/mL TSH頂値: 出現時間: ( ) 分				

告示番号	46	内分泌疾患 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
負荷試験	GnRH (LHRH) 負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日			
	LH基礎値: ( ) mIU/mL	LH頂値: ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値: ( ) mIU/mL	FSH頂値: ( ) mIU/mL			
	インスリン・CRH負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日			
	コルチゾール基礎値: ( ) μg/dL	コルチゾール頂値: ( ) μg/dL			
	ACTH基礎値: ( ) pg/mL	ACTH頂値: ( ) pg/mL			
	水制限または高張食塩水負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日			
	最大血清浸透圧: ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O	最大尿浸透圧: ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O	ADH頂値: ( ) pg/mL		
	パンプレシン負荷試験 (水溶性ピトレシン5単位皮下注射後30分ごとに2時間採尿): [ 未実施 ・ 実施 ]				
	尿量減少: [ なし ・ あり ]	尿浸透圧: ( ) mOsm/kg			
成長ホルモン分泌試験①: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日				
負荷試験名: [ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]					
GH測定キット名: ( )	GH頂値 (補正值): ( ) ng/mL				
成長ホルモン分泌試験②: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日				
負荷試験名: [ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]					
GH測定キット名: ( )	GH頂値 (補正值): ( ) ng/mL				
成長ホルモン分泌試験③: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日				
負荷試験名: [ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]					
GH測定キット名: ( )	GH頂値 (補正值): ( ) ng/mL				
迅速ACTH (コートロシン) 負荷: [ 未実施 ・ 実施 ]					
血中コルチゾール低反応: [ なし ・ あり ]					
ACTH-Z (コートロシンZ) 連続負荷: [ 未実施 ・ 実施 ]					
血中コルチゾール増加反応: [ なし ・ あり ]					
尿検査	一日尿量 (体表面積当): ( ) mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施	尿中遊離コルチゾール: ( ) μg/day	未実施		
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC): ( ) ng/mL	テストステロン: ( ) ng/mL ・ ng/dL	エストラジオール (E <sub>2</sub> ): ( ) pg/mL		
	コルチゾール (朝): ( ) μg/dL	コルチゾール (昼または夕): ( ) μg/dL	コルチゾール (寝る前): ( ) μg/dL		
	TSH: ( ) μIU/mL	free T <sub>3</sub> : ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> : ( ) ng/dL		
骨年齢	骨年齢: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	骨年齢: ( ) 歳 ( ) か月		
画像検査	画像検査 (下垂体近傍): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	( )		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
尿検査	一日尿量 (体表面積当): ( ) mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施				
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC): ( ) ng/mL	テストステロン: ( ) ng/mL ・ ng/dL	エストラジオール (E <sub>2</sub> ): ( ) pg/mL		
	コルチゾール (朝): ( ) μg/dL	コルチゾール (昼または夕): ( ) μg/dL	コルチゾール (寝る前): ( ) μg/dL		
	TSH: ( ) μIU/mL	free T <sub>3</sub> : ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> : ( ) ng/dL		
骨年齢	骨年齢: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	骨年齢: ( ) 歳 ( ) か月		
画像検査	画像検査 (下垂体近傍): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	( )		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	合併症: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )			
出生歴	骨盤位経産分娩: [ なし ・ あり ]	新生児仮死: [ なし ・ あり ]	遷延性黄疸: [ なし ・ あり ]		
	SGA (妊娠週数に比して小さい): [ なし ・ あり ]	出生歴 (その他): ( )			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )			
	機能抑制療法: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )			
	薬物療法 (その他): ( )				
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	( )		
治療	治療 (その他): ( )				
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	終了日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	終了日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	通院頻度 ( ) 回/月		
	成長ホルモン治療の有無: [ なし ・ あり ]	成長ホルモン治療申請の有無 (※申請日よりさかのぼって2年以内に実施した負荷試験のみ有効): [ なし ・ あり ]			
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )				

<b>告示番号</b>	<b>46</b>	<b>内分泌疾患</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日	年	月	日
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日